·问道全科·

构建社区全科未分化疾病临床诊疗路径的探讨

周英达[1]，卓书雄[1]，杨郗[1]，金花[2,3]，于德华[2,3*]

【摘要】 社区未分化疾病的诊疗与基层医疗机构整体服务能力密切相关，但目前的研究表明全科医生缺乏与该类疾病相匹配的诊疗能力。本文通过梳理临床路径模式引入我国全科领域的历史沿革，表明国内临床路径模式的应用正处在由简单病种向复杂性疾病、综合性医院专科向基层医疗机构全科过渡的关键时期，证实了临床路径模式在未分化疾病诊疗中存在广阔的应用前景，随后总结了我国社区全科临床路径正面临的关键瓶颈问题主要为医务人员对临床路径重视认可度较低、未分化疾病病种选择困难以及纸质表单或简单电子化式临床路径与高速发展的医疗信息化不符，在此基础上进一步提出了构建社区全科未分化疾病应以全科思维为构建核心，通过突破专科思维、聚焦优势病种、规范社区诊断编码等方式，并以区域医疗协同的临床决策信息平台作为临床路径的新模式开展进一步探索。本文为今后构建社区全科未分化疾病临床诊疗路径提供了一定的理论依据与策略思路。

【关键词】 社区卫生服务；全科医学；未分化疾病；临床路径；全科医生

【中图分类号】 R 197.1 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0300

【引用本文】 周英达，卓书雄，杨郗，等.构建社区全科未分化疾病临床诊疗路径的探讨[J].中国全科医学，2023.[Epub ahead of print].DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0300.[www.chinagp.net]

ZHOU Y D，ZHUO S X，YANG X，et al. Discussion on the construction of clinical pathways for diagnosis and treatment of medically unexplained disease in community general practice[J]. Chinese General Practice，2023.[Epub ahead of print].

Discussion on the Construction of Clinical Pathways for Diagnosis and Treatment of Medically Unexplained Disease in Community General Practice

ZHOU Yingda[1]，*ZHUO Shuxiong*[1]，*YANG Xi*[1]，*JIN Hua*[2,3]，*YU Dehua*[2,3*]

1.Department of General Practice，South Wharf Community Health Service Center，Pudong New Area，Shanghai 200125，China

2.Department of General Practice，Research Center for General Practice，Yangpu Hospital/School of Medicine，Tongji University，Shanghai 200090，China

3.Shanghai General Practice and Community Health Development Research Center，Shanghai 200090，China

Corresponding author：YU Dehua，Chief physician/Doctoral supervisor；E-mail：ydh1404@sina.com

【Abstract】 The diagnosis and treatment level of medically unexplained disease（MUD）in the community is closely related to the overall health service capacity of primary healthcare centers. However，general practitioners are not competent enough to diagnose and treat such diseases as shown in current studies. By combing the historical evolution of the introduction of the clinical pathway model into the field of general practice in China，this paper shows that the application of clinical pathway model in China is in a critical period of transition from simple diseases to complex diseases，and from general hospital specialties to general practice in primary care institutions，which confirms a broad application prospect in the diagnosis and treatment of MUD for clinical pathway model. This paper then summarizes the key bottleneck problems faced by the community general practice clinical pathway in China，which mainly include low recognition of clinical pathway by medical staff，difficulty in selecting types of MUD，and the inconsistency between paper form or simple electronic clinical pathway and the rapid development of medical informatization. It is further proposed on the basis that the construction of clinical pathways for diagnosis and treatment of MUD in the community should be based on general practice thinking as the core，and further exploration should be carried out and taking the clinical decision-making information platform of regional medical coordination as a new mode of clinical pathway by breaking through specialty thinking，focusing on dominant diseases，standardizing community diagnosis coding，etc. This paper provides

基金项目：国家自然科学基金资助项目（72104183）；上海市领军人才项目（YDH-20170627）；上海市医药卫生发展基金会课题（Se1201934）；上海市浦东新区卫生健康委员会青年科技项目（PW2020B-20）；上海市杨浦区中心医院学科带头人攀登计划（Ye2202103）

1.200125 上海市，上海市浦东新区南码头社区卫生服务中心全科医学科 2.200090 上海市，同济大学附属杨浦医院全科医学科 同济大学医学院全科医学研究中心 3.200090 上海市全科医学与社区卫生发展研究中心

*通信作者：于德华，主任医师/博士生导师；E-mail：ydh1404@sina.com

本文数字出版日期：2023-07-12

a certain theoretical basis and strategic ideas for the future construction of clinical pathways for diagnosis and treatment of MUD in community general practice.

【Key words】 Community health services；General medicine；Medically unexplained disease；Clinical pathway；General practitioners

未分化疾病（medically unexplained disease/medically unexplained physical symptoms，MUD/MUPS，本文使用MUD）是指疾病早期尚未明确归属于某一特定系统的疾病[1]，或指医学上无法明确解释的躯体症状[2]。一项基于上海市社区门诊就诊数据的研究结果表明，MUD在0~18岁、19~39岁年龄层的社区就诊患者中占比高达42.1%和16.7%，其余年龄层的MUD患者占比也均较高[3]。但面对庞大的社区MUD群体，目前关于全科医生对于MUD认知度及诊疗能力的研究均指出，全科医生缺乏与之相匹配的诊疗能力[4-5]。且MUD因常涉及多系统和转归方向不确定的疾病特性[6]，易出现诊疗不当的情况[7]，使其成为当前全科诊疗发展中的重大壁垒之一。针对"规范诊疗模式""提升诊疗能力"等需求，国外推出了临床路径模式并予以广泛应用[2]。我国临床路径模式发展现状如何，是否可应用于社区MUD的诊疗，目前尚缺乏相关研究。因此，本文回顾了我国临床路径模式发展历史、社区应用现状及存在的关键问题，并提出构建全科MUD临床诊疗路径的可行方向和建议，为今后构建社区全科MUD临床诊疗路径提供了一定的理论依据与策略思路。

1 本文检索策略

计算机检索PubMed、Web of Science、中国知网（CNKI）、维普网、读秀网、万方数据知识服务平台等数据库，Google学术及百度学术等搜索引擎，以"临床路径""诊疗路径""关键路径""基层""社区""全科""现况""问题""效果"为中文检索词；以"Clinic Pathway""Critical Pathway""Critical Pathway""primary care""community""general""current situation""problem""effect"为英文检索词，检索各数据库和搜索引擎建库至今与临床路径发展、现况有关的文献。排除标准：（1）重复文献；（2）与研究内容完全不相关的文献；（3）单纯性政策解读及工作经验交流类型的文献。由两位研究者按纳入、排除标准进行文献的检索与筛选工作，有分歧时由本文通信作者参与讨论并参考其意见。初步检索获得402篇文献，经文题与摘要筛选排除263篇，查重排除28篇，阅读全文排除87篇，最终纳入文献24篇（涉及临床路径基层应用现况、问题等方向）。

2 临床路径模式引入我国全科领域的历史沿革

华西医科大学附属医院于1996年引入临床路径并试点运用，是我国最早应用临床路径的医疗机构[8]。1998年后，临床路径在我国北京市、天津市、重庆市、广州市等地区的医院逐步开展部分临床路径的研究和试行[8]。但早期临床路径的使用仅局限于少数综合医院的专科，主要将其作为一种医疗质量管理和资源管理工具，通过规范各科室的诊疗流程而达到"缩减住院天数""降低医疗费用"的目的[9]。随着临床路径对于"保障医疗质量""控制医疗成本""提高患者满意度"等越来越多的正向积极作用被发现[10]，其在各学科之间的应用得以快速推广。鉴于临床路径在国内部分医院的实施确有成效，国家卫生健康委员会于2009年起先后印发《临床路径管理指导原则（试行）》[11]、《卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知》[12]、《全国临床路径管理试点工作总结评估情况》[13]等指导意见，自此临床路径在我国正式进入广泛应用阶段。截至目前，国家卫生健康委员会已印发超过1 212个临床路径，涵盖19个学科的224个病种[14]。通过反复的修订与完善，国内临床路径模式正实现由外科向内科，简单病种向复杂性疾病，慢性病向急性病，以及综合性医院专科向基层医疗机构全科的变迁[15]。2003年，梁万年[16]建立、实施了4种慢病临床路径及双向转诊机制，并评价了其应用于社区的效果，证实了社区临床路径能产生有效控费及缩短住院天数的作用；2006年，何江燕[17]分析了社区临床路径应用现状及有效管理办法；此外，近年来相关研究如临床路径在社区中的应用探索[18]、以患者就诊症状为主要研究方向的基层临床路径的提出[19]，也正是这种变迁的深刻体现。随着临床路径的社区应用场景日益增多，社区临床路径的作用也逐渐得到证实，陈进星等[20]提出高血压双向转诊路径可有效提高社区高血压患者就诊满意度、缩短首诊时间、降低患者再次就诊率等；顾伟刚[21]的研究表明社区临床路径在改善患者依从性方面具有良好效果；戴慧敏等[22]应用2型糖尿病电子化临床路径起到了规范全科医生诊疗、强化患者随访管理以及提高患者满意度等效果。尽管临床路径在社区全科领域的应用越来越广泛，但其在社区MUD诊疗中的应用刚处于起步阶段，尚停留于单一MUD临床诊疗路径的理论研究层面[1]。

3 国内社区MUD临床路径实施现况与难点分析

3.1 临床路径模式在MUD诊疗中存在广阔应用前景

（1）政府与学界对MUD诊疗逐渐重视：自国内提出MUD概念以来，政府与学界已逐渐认识到全科医生对于MUD的诊疗水平与基层医疗机构整体服务能力密切

相关[23]。研究学者层面上，任菁菁等编撰的《全科常见未分化疾病诊疗手册》[24]、于德华等编撰的《全科医师临床诊断思路》[25]都通过聚焦临床常见症状的主要诊疗决策点来制定全科医生的临床决策流程；国家层面上，包括全科医生规范化培训教材在内的多本教科书也都开始强调并制定了多个全科门诊常见症状的诊疗流程和转诊标准，而不再强调全科医生对于疾病诊断标准的掌握。《中国全科医学》杂志、《中华全科医师杂志》也相继推出了“全科诊疗思路系列”及“全科基层诊疗指南系列”，其诊疗过程也不再以明确的诊断为前提，而是从患者的就诊原因出发，以诊疗过程中各个诊疗决策节点指标为核心协助全科医生制订诊疗方案。此外，聚焦“综合医改”中与基层医疗机构有关的政策出台与培训项目的开展[25-26]，都显示各方对于提升社区 MUD 诊疗能力重要性的认识愈发成熟，近年来频繁发布的各类基层诊疗指南和各个全科会议内容也揭示国内各方尝试由上至下协同改善 MUD 诊疗现况的积极态度[25-27]。

（2）构建社区全科 MUD 临床路径的基础逐渐成熟：另一个值得注意的方面是，近年来出台有关 MUD 的教材、著作及文献，都不谋而合地通过结合患者就诊时的异常症状或体征以及相关临床治疗经验，使用简洁明了的诊断流程图代替传统主观文字描述作为全科医生规范化临床诊疗的参考。而这些教材、著作及文献中所提供的诊疗思路以及流程图中标注的各个诊疗决策节点，正是能被计算机识别并用来构建临床路径所必需的规则数据集[28]。此外，随着全科医疗领域大数据的快速发展，目前所构建的智能电子化临床路径也能够摆脱传统临床路径应用繁琐和无法应用于 MUD 的桎梏，这让电子化临床路径实现精准诊疗与个性化诊疗、危急值预警与差错分析提醒等功能不再遥不可及[29]。可见随着全科医疗电子信息化逐步发展，电子化临床路径相关领域的研究也逐渐兴起，提示构建社区 MUD 临床路径的方法应用已经从最初的理论假设过渡到了能够实践落地的阶段。

3.2　社区 MUD 临床路径实施现存问题及影响因素　如上文所述，尽管当前构建社区 MUD 临床路径的条件已逐步成熟，但在进一步实施中仍有不少关键问题亟须解决。

（1）社区 MUD 临床路径的病种选择存在困难：临床路径开发时通常选择以下述类型的病种为主，①常见病、多发病；②病情稳定，治疗手段变化幅度小[18]。但 MUD 具有涵盖多病种、多系统的特性，以及其变异性和患者个体差异性较大，不能满足传统临床路径构建的条件，这可能是 MUD 临床路径应用问题长期悬而未决的原因之一。

（2）社区医务人员对临床路径重视程度低，认可度差：一方面，符合社区应用的临床路径种类较少，基层推广也略显不足[30]；另一方面，既往简单化、僵化的临床路径推广模式常在其优势显现之前就已经引起相关医务人员的反感[31]。其主要原因可能是国内大部分基层医务人员对临床路径的认识尚不足，加之传统纸质表单或简单电子化式临床路径的应用繁琐，在某种程度上反而会加重医务人员本身的工作量，导致医疗机构和医务工作者对临床路径的使用始终没有太高的积极性[32]。

（3）纸质表单或简单电子化式临床路径与高速发展的医疗信息化不符：传统纸质表单或简单电子化式临床路径除了如上所述不易被医务人员接受之外，也难以与高速发展的医疗信息化相匹配。近年来医院电子信息化发展迅速，使得包括基层医疗机构在内的许多各级医院都以电子病历系统（electronic medical record，EMR）、医院信息系统（hospital information system，HIS）为核心工作平台。纸质化或表单式的临床路径不仅不能与医院信息化发展同步，更让临床路径原本基于“策划—实施—检查—改进”的 PDCA 循环等方法不断优化的特点因无法与信息化契合而导致其即时性反馈和优化的优势荡然无存，这也成了制约社区 MUD 临床路径发展的又一重要原因[33]。

3.3　国外临床路径成果直接应用存在困难　国外 MUD 的定义与国内不全相同，国外 MUD 的含义更多强调的是医学上无法解释的躯体症状[2]，这可能由于西方发达国家基层医疗机构的卫生资源更为丰富，疾病早期尚未明确归属于某一系统的疾病常在社区卫生服务中心就可以做到完善的辅助检查以及维持长期随访，并能在病情变化时给予患者及时的诊疗措施。因此，国外并无针对 MUD 专门设置临床路径，其常用的临床路径与我国综合性医院的疾病临床路径相似，无法在我国全科 MUD 诊疗中直接应用。尽管国外临床路径经过多年的发展，相比我国更为成熟，但由于我国不管在医疗体系、医疗资源还是全科人才储备上与西方发达国家相差较大，其目前的疾病管理路径并不能很好地适用于我国国情。主要表现在：（1）卫生资源差异较大，我国基层医疗机构所能开展的辅助检查、治疗措施等都无法与国外社区卫生服务中心相比较，加之我国各地的经济发展不平衡，各地区经济和医疗发展水平相差较大，医疗卫生资源分布也不均衡，照搬国外现有的疾病临床路径势必会出现与医疗机构现有能力水平和医疗资源不符甚至矛盾的情况，从而进入临床路径效能下降、无法实施的窘境[34]；（2）国外医疗系统的信息化发展较早，其大量临床路径都是基于高协同度的信息化系统所构建，但我国基层医疗信息化建设仍处于起步阶段[35]，无法将国外已成熟应用的电子化临床路径直接照搬至我国基层医疗机构使用；（3）国内外全科诊断分类与编码存在差异。西方国家多以基层医疗保健国际分类

（international classification of primary care，ICPC）作为本国的初级卫生保健数据分类标准[36]，但由于语言受限及各地医疗发展不均衡等原因，包括我国在内的大部分亚洲、非洲等地的发展中国家未接受现有的ICPC，仍沿用国际疾病分类编码（international classification of diseases，ICD）及其衍射出的医疗分类为主[37]。诊断分类与编码的差异也是目前我国全科诊疗无法照搬国外临床路径使用的主要原因之一。但分析西方发达国家的临床路径发展趋势，是符合我国基层医疗机构发展需求的，虽然国内无法直接照搬西方国家的临床路径投入使用，但在临床路径电子信息化、临床路径发展方向等方面的研究思路，都值得国内借鉴。

4 构建社区MUD临床诊疗路径的主要策略

4.1 构建社区MUD临床路径需要以全科思维为核心 临床路径固然能有效规范全科医生的诊疗行为、提高全科医生的临床诊疗能力，但构建社区全科MUD临床路径时，也绝不能忽视“以人为中心”、整体观和系统性的全科医学思维[38]。一方面，单纯的认知行为疗法及药物疗法治疗MUD效果常极为有限，而符合全科思维系统性的、将各种治疗方法有机结合的综合疗法，其对于MUD的疗效远优于单纯疗法[39]；另一方面，MUD常伴有一定程度的焦虑、抑郁症状[40]，或许是全科相较于专科更善于利用“生物-心理-社会”的医学模式，有着能深入探索疾病心理社会因素的整体观思维的原因[41]，全科医生在MUD诊疗中较专科具有明显优势[42]。因此在构建社区MUD临床路径时，仍应以全科思维为构建核心，将“心理-社会”因素也纳入或补充至相应的数据库中，让全科医生得以继续发挥“全科思维”所带来的优势[43]。

4.2 构建社区MUD临床路径需要突破专科思维 在基层医疗机构资源受限，不少疾病难以确诊和充分考虑MUD特性的条件下，全科的临床路径构建应该突破专科思维，同目前的基层医疗机构临床诊疗指南一样，不应再以疾病的诊断作为构建临床路径的基础，而应把识别疾病诊断作为社区临床路径的功能之一，在能够处理患者就诊症状的基础上，同时结合社区辅助检查结果等因素制定相应的转诊标准。如此，只有在全科视角下形成的临床路径，才能真正满足基层医疗机构的现有需求。

4.3 构建社区MUD临床路径需要聚焦优势病种 临床实践中，设置过多的病种路径标准会影响实践可操作性，因此，在既往国内最具代表性的专科慢病临床路径及分级诊疗路径研究中，多聚焦某一系统或某一种具体疾病[1，16]。从多省市实践尝试结果来看，在现阶段我国医疗卫生资源有限的情况下，此类思路是现实可行且势在必行的。所以在MUD临床路径的构建过程中，可借鉴上述方法，先聚焦区域内全科诊断排名靠前的某一种或某一系统的MUD，从而提高构建社区临床路径模型的针对性和实践性。

4.4 构建社区MUD临床路径需要规范社区诊断编码 由于当前没有“MUD”的专用诊断编码，临床上常以症状编码代替[44]。但基层医疗机构的诊断编码长期以来都存在诊断不标准、语焉不详、以症状代替疾病或以疾病代替症状以及诊断名称主观随意性强等问题[45]。不统一甚至随意地诊断，不仅对后期患者的跟踪随访产生极大的不便，也难以构建有效的知识库、模型库与规则库，更无法结合患者的诊断数据向外输出正确的医嘱提醒、诊疗推荐等临床路径步骤或辅助决策信息[46]。事实上在目前基层应用的疾病分类系统当中，不管是ICD或是ICPC疾病分类系统，都提供了症状、体征、异常和社会情况等编码以代替明确的疾病诊断编码，但无论哪一种疾病分类系统在基层的推广和应用效果均缺乏有效的后续评价及优化措施[47-48]。因此无论从全科医疗质量控制还是从构建社区全科MUD临床路径需求的角度，社区全科门诊都需要尽快推动统一化社区诊断编码的使用及规划措施的制订，并加强探索诊断数据在基层医疗中的应用场景[45]。

4.5 区域医疗协同的临床决策平台或成为社区临床路径发展的新模式 社区临床路径电子化能够改善纸质临床路径对医生诊疗过程的影响，但仍无法避免医务人员使用临床路径时可能需要中断原有工作流程以选定患者适宜临床路径的负担。上海交通大学的研究提出，基于临床路径的诊疗决策知识库平台模型构建，能够使计算机在医生临床诊疗中做出提醒并推荐适宜诊疗方案[49]。这种在大数据下区域医疗协同临床决策平台的建立，能够实现不同科室甚至不同医疗机构如区域医联体内的临床信息共享，并充分发挥医疗协同的作用，使临床路径的作用得以最大地发挥，这或许是社区全科MUD临床路径发展变革的新模式。

5 小结

本研究针对当前我国社区MUD诊疗中存在的关键问题，应用文献分析的方法，首先阐述临床路径模式引入我国全科领域的历史沿革，然后从全科视角出发，明确构建MUD临床路径的必要性和实施的可行性，最后通过剖析传统全科临床路径的利弊，提出未来构建全科MUD临床路径的可行性方向，以期为研究者和决策者实践提供一定的理论依据。

本研究关键问题分析和发展策略的提出都是建立在文献分析基础上的，推进社区疾病编码规范、运用全科思维构建临床路径等策略还没有进行实践检验，未来有必要通过更多定性、定量的研究，论证并完善构建社区全科MUD临床路径的策略，并在实际构建中对其效果进行持续追踪和评价。

作者贡献：周英达进行文章的构思、设计与撰写；卓书雄进行研究的可行性分析、文章的修改；杨郗进行数据收集与整理；金花进行结果的分析与解释；于德华进行文章的质量控制与审校，并进行总体的监督管理，对文章负责。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 刘娟娟，刘颖，任菁菁．常见未分化疾病的全科处理探讨［J］．中国全科医学，2015，18（32）：3985-3987. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2015.32.021.

[2] VAN DESSEL N，LEONE S S，VAN DER WOUDEN J C，et al. The PROSPECTS study：design of a prospective cohort study on prognosis and perpetuating factors of medically unexplained physical symptoms（MUPS）［J］．J Psychosom Res，2014，76（3）：200-206. DOI：10.1016/j.jpsychores.2013.12.011.

[3] SHI J W，CHI C H，GONG X，et al. Examining health disparities and characteristics in general practice utilization：based on outpatient data from 2014-2018 in Shanghai［J］. BMC Fam Pract，2020，21（1）：74. DOI：10.1186/s12875-020-01146-5.

[4] 张含之，韩一平，金花，等．社区全科医生对门诊未分化疾病的诊治现况及城郊对比研究［J］. 中国全科医学，2021，24（7）：855-863. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.408.

[5] 周英达，卓书雄，金花，等．上海市社区全科医生对未分化疾病认知度和诊疗能力的自我评价研究［J］．中国全科医学，2021，24（31）：3979-3985. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.304.

[6] KALE M S，KORENSTEIN D. Overdiagnosis in primary care：framing the problem and finding solutions［J］．BMJ，2018，362：k2820. DOI：10.1136/bmj.k2820.

[7] 叶康丽，徐志杰，杜亚平，等．应对未分化疾病：从过度诊断走向医患共同决策［J］．中国全科医学，2020，23（36）：4541-4547. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.513.

[8] 王思成．基于循证的中医临床路径研制方法研究［D］．北京：北京中医药大学，2010.

[9] 英立平，周保利．北京地区开展临床路径应用研究概述［J］．中华医院管理杂志，2007，23（5）：289-292. DOI：10.3760/j.issn：1000-6672.2007.05.001.

[10] 王伟，秦银河．临床路径系统评价［J］．重庆医学，2005，34（11）：1739-1741. DOI：10.3969/j.issn.1671-8348.2005.11.074.

[11] 卫生部．关于印发《临床路径管理指导原则（试行）》的通知［A/OL］.（2009-10-13）［2023-02-27］. http://www.nhc.gov.cn/wjw/ywfw/201306/1067154511a3495285d805592586159b.shtml.

[12] 卫生部．卫生部关于开展临床路径管理试点工作的通知［A/OL］.（2009-12-08）［2023-02-27］. http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3585u/200912/ac5407234912449e92e7318ed3603170.shtml.

[13] 卫生部．全国临床路径管理试点工作总结评估情况［A/OL］.（2012-04-13）［2023-02-27］. http://www.nhc.gov.cn/tigs/s9661/201206/c3d1e5948eb947ad944e0e96b1d1734f.shtml.

[14] 卫生部．关于印发有关病种临床路径（2019年版）的通知［A/OL］.（2020-01-02）［2023-02-27］. http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202001/b3c9e097b0c1471a969d7a63be471759.shtml.

[15] 王旁．国内临床路径发展现状及管理优化研究［D］．西安：第四军医大学，2013.

[16] 梁万年．城市社区四种常见慢性病临床路径和双向转诊机制的建立及应用评价研究［D］．北京：中国协和医科大学，2003.

[17] 何江燕．建立社区慢性病临床路径管理模式探讨［J］．中国社区医师：综合版，2006，8（16）：127-128.

[18] 王金英．临床路径在社区中的探索［J］. 中国煤炭工业医学杂志，2012，15（9）：1462-1464.

[19] 朱晓丹，李琰华，李俊伟．以腰痛为表现的未分化疾病的基层临床路径［J］．中国全科医学，2019，22（1）：117-122. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.01.024.

[20] 陈进星，李细荀，陈胜华．高血压患者实行双向转诊临床路径的效果观察及系统评价［J］. 岭南急诊医学杂志，2018，23（5）：441-442，445. DOI：10.3969/j.issn.1671-301X.2018.05.014.

[21] 顾伟刚．社区医生应用临床路径式管理对高血压自我管理的效果研究［J］．中国初级卫生保健，2017，31（11）：36-37. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2017.11.0013.

[22] 戴慧敏，成园，李娅玲，等．2 型糖尿病电子临床路径在社区的应用效果评估［J］．中华全科医学，2020，18（12）：2057-2059，2155. DOI：10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.001688.

[23] 中国医师协会精神科医师分会综合医院工作委员会，“医学难以解释的症状”临床实践中国专家共识．“医学难以解释的症状”临床实践中国专家共识［J］. 中华内科杂志，2017，56（2）：150-156. DOI：10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2017.02.017.

[24] 任菁菁．全科常见未分化疾病诊疗手册［M］．北京：人民卫生出版社，2016.

[25] 于德华，郑加麟．全科医师临床诊断思路［M］．上海：同济大学出版社，2016.

[26] 深圳市卫生健康委员会．关于举办广东省继续教育项目“全科常见未分化疾病诊疗路径的临床实践”培训班通知［A/OL］.（2022-09-30）［2023-02-27］. http://wjw.sz.gov.cn/xshy/content/post_10151639.html.

[27] 白雪佳，赵静姝，刘岚，等．《基层医疗卫生机构常见疾病诊疗指南》发布［J］. 中华医学信息导报，2019（15）：16.

[28] 顾扬，曹健，朱能军，等. 多层次个性化临床路径推荐方法［J］. 计算机集成制造系统，2022，28（10）：3316-3324. DOI：10.13196/j.cims.2022.10.027.

[29] 汪鹏，吴昊，罗阳，等．医疗大数据应用需求分析与平台建设构想［J］. 中国医院管理，2015，35（6）：40-42.

[30] 金花，易春涛，倪衡如，等．社区卫生服务中心全科医学临床质量状况及存在问题分析［J］. 中国全科医学，2022，25（1）：35-42. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.335.

[31] 赵希平，余丽君．临床路径的应用效果和存在的问题［J］．中国医院管理，2010，30（2）：31-32. DOI：10.3969/j.issn.1001-5329.2010.02.014.

[32] 李明子．临床路径的基本概念及其应用［J］．中华护理杂志，2010，45（1）：59-61. DOI：10.3761/j.issn.0254-1769.2010.01.023.

[33] 武平，于勇，杨大锁．基于组织变革理论的临床路径实施障碍分析［J］．中国医院管理，2007，27（5）：13-14. DOI：10.3969/j.issn.1001-5329.2007.05.006.

[34] 陈天文，刘磊，许四虎．临床路径管理实践中若干问题探讨［J］．中国医院管理，2013，33（1）：45-46. DOI：10.3969/

j.issn.1001-5329.2013.01.018.
[35] 王春刚，胡欣. 分析医疗信息标准化建设存在的主要问题及对策［J］. 中国保健营养，2019，29（24）：338.
[36] World Health Organization. WHO Family of International Classifications（FIC）［EB/OL］.［2023-02-27］. https://www.who.int/standards/classifications#:~:text=The%20WHO%20Family%20of%20International%20Classifications%20and%20Terminologies,and%20the%20International%20Classification%20of%20Health%20Interventions%20%28ICHI%29.
[37] CHO M R，KWON Y J，KIM S H，et al. Comparison between the international classification of primary care and the international classification of diseases classifications in primary care in Korea［J］. Korean J Fam Med，2022，43（5）：305-311. DOI：10.4082/kjfm.22.0119.
[38] 于德华. 全科医学思维引导下的科学研究构思［J］. 中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0053.［www.chinagp.net］
[39] ANDERSON M，HARTZ A，NORDIN T，et al. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms［J］. Fam Med，2008，40（2）：111-118.
[40] 李远者，缪绍疆，赵旭东. "不能解释的躯体症状"患者医患互动的调查［J］. 同济大学学报（医学版），2010，31（6）：105-108，121. DOI：10.3969/j.issn1008-0392.2010.06.026.
[41] 陆媛，于德华，王朝昕，等. 关于三级医院设置全科医学科的意义与建议［J］. 中华医院管理杂志，2015，31（6）：456-458. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2015.06.018.
[42] 赵稳稳，王荣英，张金佳，等. 未分化疾病患者在综合医院全科与专科就诊情况对比研究［J］. 中国全科医学，2019，22（1）：20-23. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.01.005.
[43] 于德华. 全科医学与社区卫生的科研趋向：未来已来［J］. 中国全科医学，2022，25（34）：4227-4231. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0702.
[44] 娄铮，刘颖，任菁菁. 全科医生对未分化疾病诊治观点的质性研究［J］. 中国现代医生，2022，60（32）：16-19，24.
[45] 黄艳丽，倪志刚，吴行伟. 结合真实世界数据的社区卫生服务机构ICD-10应用效果和影响因素研究［J］. 中国全科医学，2021，24（13）：1607-1615. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.193.
[46] 范春，徐安琪，韩娇娇，等. 临床辅助决策平台构建［J］. 医学信息学杂志，2022，43（1）：78-82. DOI：10.3969/j.issn.1673-6036.2022.01.015.
[47] 王淼，于广军，刘海峰，等. 基于ICD-10编码应用的疾病数据质量管理体系建立［J］. 中国医院管理，2017，37（5）：42-44.
[48] 张萌，慈璞娴，刘海民，等. 我国基层医疗疾病分类体系的设计与构建［J］. 中国病案，2017，18（2）：33-36.
[49] 郑西川，于广军，吴刚，等. 面向区域医疗协同的临床路径诊疗决策知识库平台模型［J］. 中国数字医学，2009，4（5）：23-26. DOI：10.3969/j.issn.1673-7571.2009.05.004.

（收稿日期：2023-03-07；修回日期：2023-06-23）
（本文编辑：王世越）